

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

TYPE de SCINTIGRAPHIE :

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ osseuse | ☐ ganglion sentinelle sein | ☐ leucocytes marqués |
| ☐ myocardique (effort+repos) | ☐ MIBG | ☐ rénale (DMSA) |
| ☐ pulmonaire | ☐ rénale (Mag3) | ☐ octréoscan |
| ☐ fraction d'éjection ventriculaire | ☐ ganglion sentinelle mélanome / ORL | |
| ☐ autre : | | |

Période souhaitée :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance :Prénom de naissance :

Nom usuel :

Date de naissance : / / Sexe : ☐ H ☐ F

Adresse :

N° tél (obligatoire) : / / / /

Poids (obligatoire) :kg Taille :cm

☐ Allaitement en cours ☐ Risque de Grossesse ☐ Procédure de PMA en cours

En cas d'**allaitement** ou de risque de **grossesse**, prendre contact préalablement avec un médecin de l'unité de médecine nucléaire.

Etiquette

A privilégier
pour identito-vigilance



INDICATION DE L'EXAMEN - RESUME CLINIQUE

Médecin demandeur : Dr..... Tél : / / / /

Adresse / Service / Structure :

Antécédents, traitements, examens et actes antérieurs (pertinents dans la demande) :

Histoire actuelle, motivation de la demande :

Merci de retourner cette demande accompagnée de l'ensemble des renseignements soit :

-par fax au : 04 73 27 80 78

-par mail sécurisé : secretariat.medecine-nucleaire@cjp.mssante.fr

-par courrier postal : Centre Jean PERRIN – Service de Médecine Nucléaire
58 rue Montalembert – 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

-par le formulaire en ligne : <https://www.cjp.fr/professionnel-de-sante/demander-un-examen-de-medecine-nucleaire>